

A propos de quelques cas
d'Appendicite herniaire

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juillet 1936, à 17 h. 30

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy

Mention « Médecine »

PAR

M. SZTULMAN Lewi

Né à Miedzyrzec-Podl. (Pologne), le 12 Juin 1908

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FRÆLICH, professeur. *Président.*

ANDRÉ, professeur....

MUTEL, agrégé *Juges.*

BODART, agrégé.....

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE ALSACIENNE

CHAMPIGNEULLES

1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551909_0048

A propos de quelques cas d'Appendicite herniaire

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juillet 1936, à 17 h. 30

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy
Mention « Médecine »

PAR

M. SZTULMAN Lewi

Né à Miedzyrzec-Podl. (Pologne), le 12 Juin 1908

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

{	MM. FRÆLICH, professeur .	<i>Président.</i>
	ANDRÉ, professeur	{ <i>Juges.</i>
	MUTEL, agrégé	
	BODART, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE ALSACIENNE
CHAMPIGNEULLES

1936

Doyen : M. L. SPILLMANN, O $\star$, I Q.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I Q; WEISS, O $\star$, I Q;

BOUIN, O $\star$, I Q; ANCEL, $\star$, I Q; GARNIER, $\star$, I Q;

MACÉ, $\star$, I Q; P. PARISOT, O $\star$, I Q; DUFOUR, $\star$, I Q;

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I Q.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I Q.
Cliniq. de chir. infantile et d'orthopédie	M. FREGELICH, $\star$, I Q.
Physiologie	M. M. LAMBERT, I Q.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHHINSHOLZ, O $\star$, I Q.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I Q.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I Q.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I Q.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I Q.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I Q.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I Q.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I Q.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, $\star$, I Q.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C $\star$, I Q.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I Q.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I Q.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, $\star$, A Q.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, $\star$, I Q.
Bactériologie et parasitologie médicale ..	M. DE LAVERGNE, $\star$, I Q.
Thérapeutique	N.
Professeurs sans chaire	{ M. L. JOB, $\star$, I Q;
	{ M. WATRIN, $\star$, I Q;

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses ..	{ M. ABEL, $\star$, I Q, agrégé.
Pathologie générale	{ M. P. SIMONIN I Q, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, I Q, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, $\star$, I Q, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A Q, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, $\star$, I Q, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, $\star$, I Q, prof. sans chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I Q, agr. libre.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, $\star$, I Q, ch. duc, ag. lib.
Obstétrique	M. JOB, $\star$, I Q, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, $\star$, I Q, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, I Q, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, $\star$, I Q, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, $\star$, I Q, agrégé.
Éducation physique (I)	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A Q, agrégé.
Clinique neurologique (I)	M. L. MERKLEN, A Q, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (I)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. MERKLEN, A Q.	MM. POURSINES	MM. GUILLEMIN, A Q
FLORENTIN, A Q	MELNOTTE, O $\star$	ABEL, $\star$, A Q
BODART.	MUTEL, $\star$, I Q.	DROUET, A Q
CHALNOT.	VERMELIN, $\star$, A Q	SIMONIN, A Q.
WOLFF, A Q.		

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I Q; S. RÉMY, I Q; BUSQUET, I Q,
BINET, $\star$, I Q; BARTHÉLEMY, $\star$, I Q; LAMY, $\star$, I Q;
M. E. TRIBOLET, I Q, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MON PÈRE, A MA MÈRE,

Je dédie ce travail, faible témoignage de mon grand amour filial et de ma gratitude pour tout ce que, pendant de longues et dures années, ils ont fait pour moi.

A MA FEMME,

Témoignage de ma profonde affection.

A MES FRÈRES ET MES SŒURS.

A MES BEAUX-PARENTS.

A TOUTE MA FAMILLE.

A MES AMIS.

A mon Maître et Président de Thèse,
M. le Professeur FRÉLICH,
Professeur de Clinique chirurgicale infantile
et d'Orthopédie,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

*Qui nous a fait le très grand
honneur de présider cette thèse.
Nous le prions de trouver ici le té-
moignage de notre grande admira-
tion et de notre vive reconnais-
sance pour son enseignement et sa
constante bienveillance.*

A mes Juges,
M. le Professeur ANDRÉ,
Professeur de Clinique de Chirurgie urinaire,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

*Il a été pour nous un Maître
dont l'enseignement si précis et si
clair nous servira de base solide
dans notre future pratique médi-
cale. Nous le prions de trouver ici
l'hommage de notre gratitude.*

M. le Professeur Agrégé MUTEL,
Chargé des Cours d'Anatomie et Médecine légale,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

*Dont l'enseignement nous fut
toujours profitable par l'origina-
lité de sa présentation et par sa
rigoureuse précision. Nous le
prions d'agréer l'hommage de nos
plus respectueux remerciements.*

M. le Professeur Agrégé BODART,
Professeur Agrégé de Clinique infantile.

*Nous lui exprimons notre pro-
fonde gratitude pour la bienveil-
lance qu'il nous a toujours témoi-
gnée. En hommage de notre sin-
cère reconnaissance pour l'hon-
neur qu'il nous a fait en nous ins-
pirant ce travail.*

A TOUS MES MAÎTRES DE NANCY.

INTRODUCTION

L'appendicocèle et l'inflammation de l'appendice hernié sont connues depuis longtemps, puisque, dès 1745, MORGAGNI (lettre XXXIV) avait observé sur le cadavre l'existence d'une hernie de l'appendice. En 1785, HERVIN, dans son *Cours de pathologie et de thérapeutique chirurgicales*, signalait un cas d'appendicite phlegmoneuse dans un sac de hernie crurale; FRISCHLER, en 1806, avait recueilli 6 observations de hernie de l'appendice...

Depuis ces premières observations, et surtout depuis le mémoire de KLEIN, portant sur 22 cas, les descriptions anatomiques et les observations cliniques se succèdent avec une fréquence d'autant plus grande qu'on se rapproche davantage de l'époque actuelle : SCARPA, 1812; KLEIN, 1868; DURET, 1883; BRIEGER, 1883; TUFIER, 1887; JACKLE, 1888; REMEDI, 1890; GUINDANO, 1894; SAUVAGE, BARIÉTY, etc...

Il serait long et oiseux de citer tous ces noms.

Parmi les travaux récents, il faut retenir l'article de BERGER dans le *Traité de Chirurgie* de DUPLAY et RECLUS, le travail de LÉVY (1903), le livre de BÉRARD et VIGNARD sur l'appendicite, la thèse de CAYOTTE (Nancy, 1912-1913), la thèse d'ESNOULT (Paris, 1913-

1914), celle de DUMAZET (Bordeaux, 1923), les articles de MELLETTI, BACHECA, RECHES, Guido CARISI (1925), FRÉLICH (Société de Médecine de Nancy; séance du 21 juillet 1926), BODART (Société de Méd. de Nancy; séance du 24 juillet 1935).

Notre travail repose sur un certain nombre d'observations, la plupart prises au service de M. le Professeur FRÉLICH. En nous basant sur elles, nous nous proposons à faire — en nous inspirant des recherches antérieures et en corroborant les opinions des différents auteurs — les remarques qui nous sembleront judicieuses.

Notre sujet se bornera à l'étude exclusive des appendicites herniaires inguinale et crurale. Nous ne parlerons des autres variétés : invagination de l'appendice dans le triangle de PETIT ou par l'orifice ombilical, sa sortie par le trou obturateur ou à travers le diaphragme — que pour mémoire, car ce sont des raretés pathologiques qui sont, le plus souvent, des trouvailles d'autopsie ou des découvertes opératoires.

Mais tout d'abord, avant d'entrer plus avant dans notre sujet, nous croirions manquer à notre devoir en négligeant d'exprimer notre sincère gratitude à tous nos Maîtres de la Faculté qui ont contribué à notre instruction médicale.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Etudier l'étiologie de l'appendicite herniaire, revient à rechercher le processus de la hernie de l'appendice et les causes de l'inflammation de cet organe.

a) Pour expliquer l'appendicocèle du canal inguinal droit, on a incriminé la longueur de l'appendice descendant dans le canal péritonéo-vaginal qui, chez l'enfant, n'est pas encore fermé et les adhérences de l'appendice avec le testicule et les éléments du cordon, adhérences qui auraient pour effet d'entraîner l'appendice lors de la migration du testicule dans le scrotum. Ces conditions nécessaires chez l'enfant ne le sont plus chez le vieillard, où le mode de formation est le résultat de l'atonie intestinale, de la ptose cæcale et colique, de la diminution de la tonicité musculaire, de la distension facile des anneaux inguinaux et cruraux qui facilite la formation de la hernie (observation VIII), qui peut alors se compliquer d'appendicocèle.

De ces considérations étiologiques il découle que l'appendicite herniaire doit surtout être fréquente chez l'enfant et chez le vieillard. C'est ce que confirment les statistiques (CAYOTTE, DUMAZET, BAZARDI, CHAUVENET, RIVET, SABADINI, etc.). Tous les auteurs sont d'accord sur la plus grande fréquence de l'appendicocèle chez

les gens âgés (60-70 ans). Dans nos 8 observations, nous avons trouvé : 3 enfants, 1 adulte âgé de 45 ans et 4 vieillards au-dessus de 60 ans.

Si l'on envisage maintenant l'influence du sexe, on constate (KLEIN, BRUGER, JACQUEMIN) que l'appendicite herniaire se trouve plus souvent chez l'homme que chez la femme. Sur 8 cas : 7 hommes; 1 cas chez la femme. Certains auteurs ont trouvé deux appendicocèles chez l'homme pour une chez la femme. On retrouve ici d'une façon probante l'influence des dispositions anatomiques particulières à l'homme et à la femme. Sur 60 cas d'appendicocèle chez l'homme, CAYOTTE trouve : 56 cas d'appendicites herniaires inguinales; 4 cas d'appendicites herniaires crurales.

Sur 33 cas chez la femme: 3 cas d'appendicites herniaires inguinales; 30 cas d'appendicites crurales.

En effet, le canal de NUCK s'oblitére plus facilement que le canal péritonéo-vaginal, d'où la rareté relative de la hernie inguinale chez la femme.

b) Quant aux causes d'inflammation de cet appendice, elles sont multiples.

Tout d'abord celles qui tiennent à la position toute spéciale relativement superficielle qu'occupe l'appendice dans un sac herniaire : Il est exposé aux traumatismes accidentels, aux irritations provoquées par le bandage dans le cas où l'on utilise cet appareil de contention, etc...

Jusqu'en 1903, l'opinion unanime est que l'étranglement primitif de l'appendice n'existe pas : il y a d'abord inflammation de l'appendice, appendicite aiguë; puis le volume de l'organe augmentant, permet

son étranglement au niveau du collet. Opinion soutenue et mise en lumière dans les thèses d'OSTY (1901), de BRIANÇON et LÉVY (1903). Actuellement on admet l'existence d'étranglement primitif d'une appendicocèle (BAUDET, BÉRARD et VIGNARD, Paul BONNET, etc.). Et alors il est bien difficile, au point de vue clinique, de séparer cet étranglement appendiculaire de l'appendicite herniaire, car il existe toujours, sinon primitivement, du moins secondairement, des lésions identiques.

Ensuite toutes les causes qui interviennent dans l'éclosion de l'appendicite abdominale gardent ici toute leur valeur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions de l'appendice hernié sont très variables.

Dans l'appendicocèle simple, l'appendice est soit sain, soit porteur de lésions plus ou moins évidentes d'appendicite chronique. Pour certains, l'appendice hernié est toujours malade et présente au moins des altérations que le microscope peut mettre en évidence (JAJA, CERNEZZI, COLZI, CARIZI). Ils ont sans doute raison pour la majeure partie des cas. Cependant, on peut trouver l'appendice sain.

Lorsqu'il y a *appendicite herniaire*, ce qui, en réalité, veut dire : lorsqu'il y a des lésions appendiculaires ayant eu une expression clinique, on trouve dans le sac toutes les lésions que l'on peut trouver en opérant une appendicite abdominale. Il nous paraît vain, à cette occasion, de rééditer un chapitre d'anatomie pathologique : ce que l'on voit dans l'abdomen, on le voit dans le sac herniaire. Les lésions péri-appendiculaires sont les mêmes et il faut noter seulement la tendance naturellement plus grande à la limitation de la suppuration, lorsqu'elle existe. Cette suppuration peut cependant diffuser à travers le collet dans la cavité péritonéale. Nous croyons qu'il faut insister seulement sur

les différences des lésions de l'appendice herniaire et de l'appendicocèle étranglée. Ces différences existent et ne sauraient faire le moindre doute. Les lésions de l'appendice étranglé sont caractérisées par la présence d'un *sillon net et persistant de stricture*, la coloration de la portion sous-jacente à ce sillon, qui rappelle celle de l'intestin étranglé, la présence de liquide roux dans le sac. Le sillon de striction siège en regard du collet. A ces lésions peuvent s'ajouter des *lésions secondaires* d'infection des parois de l'appendice, avec ou sans gangrène de ces parois.

Nous verrons qu'à ces lésions en deux temps correspondent des signes cliniques en deux temps.

SYMPTOMATOLOGIE

Certains cliniciens ont eu des soupçons de l'appendicite herniaire, mais aucun n'a été affirmatif. Ceci tient à ce que cette variété d'appendicite est relativement peu fréquente.

Symptômes fonctionnels. — Un certain nombre de signes cependant nous permettront d'orienter nos recherches : un des plus importants est le symptôme « douleur » ; elle a ici certains caractères particuliers. Tout d'abord elle est localisée uniquement dans le sac herniaire, elle a un début brusque et atteint immédiatement une certaine intensité. Elle peut aussi revêtir un caractère « paroxystique ». Le malade ressent une sorte de lancement analogue à de fortes piqûres d'épingle et d'après LÉVY « Cette crise douloureuse bien localisée en un point précis venant de temps à autre se surajouter à une colique continue dans une hernie n'appartient qu'à l'appendicite et ce signe important sur lequel on devrait toujours insister dans l'examen d'une hernie, surtout d'une hernie étranglée, ne manquerait pas, bien souvent, de mettre sur la voie de diagnostic ». Il attire également l'attention sur l'absence d'irradiations douloureuses. Cette remarque souffre évidemment des exceptions, car on a noté la propagation de la douleur à l'épigastre.

Il nous semble qu'il ne faut pas attribuer une très grande valeur diagnostique à ce caractère des douleurs. Si, dans une appendicite herniaire pure, où le sac ne contient que l'appendice, les douleurs restent bien localisées, il est évident que, dans la forme que nous appelons plus loin la forme occlusive, où une anse grêle est contenue dans le sac, les douleurs auront tendance à diffuser dans tout l'abdomen et à prendre le caractère de coliques diffuses telles qu'on les rencontre dans le syndrome de KÆNIG.

Plus importants nous apparaissent les *symptômes locaux*.

En règle générale, c'est une tumeur herniaire. maintenue depuis longtemps par un bandage, qui, parfois sous l'influence d'un « effort », parfois sans qu'on puisse invoquer une cause quelconque, devient brusquement douloureuse.

D'autres fois, l'apparition de la tumeur est contemporaine de la crise douloureuse. Dans certains cas enfin, la crise débute par des vomissements alimentaires (Observation V, VI), puis bilieux (Observation VII), par des selles diarrhéiques (Observation I), par des coliques dans tout l'abdomen (Observation VI), mais plus marquées au niveau de la fosse iliaque droite. C'est le lendemain seulement que le malade constate l'existence d'une petite grosseur à la racine de la cuisse droite.

Cette tumeur herniaire a un *volume* variable comparé au volume d'une noisette, d'un poing, d'un œuf de pigeon, d'une bille de billard, d'une orange.

Sa *consistance* est ferme, d'une dureté « pierreuse ».

La masse herniaire possède un *pédicule* dont on peut faire quelquefois le tour avec le doigt, on a alors la sensation d'un cordon dur continuant le pôle profond de la tumeur vers l'abdomen (Observation III) ; tantôt ce pédicule est large et assez difficilement perceptible ; enfin, en règle générale, sa recherche est impossible à cause de la consistance dure de la tumeur herniaire.

La *percussion* ne donne que des renseignements imprécis, on constate soit de la matité, soit de la sonorité normale.

Symptômes généraux. — L'état général des malades est ordinairement peu troublé. La plupart du temps tout se passe avec une fièvre modérée.

L'hyperthermie n'est pas constante ; elle est surtout dans les formes phlegmoneuses très élevée, ainsi que dans les cas de propagation de l'inflammation au péritoine ; on a signalé certains cas où il y avait de l'hypothermie.

Le pouls oscille généralement entre 80 et 90 pulsations à la minute. Les vomissements ne sont pas un phénomène constant. D'habitude, tout se borne à un état nauséux, parfois la scène morbide s'accompagne de vomissements alimentaires ou aqueux. rarement bilieux et exceptionnellement fécaloïdes.

La constipation est le plus souvent la règle, sans être absolue.

Dans tous les cas d'appendicite herniaire où l'appendice est le seul organe contenu dans le sac, les phénomènes abdominaux sont très légers et l'arrêt des matières et des gaz n'est jamais que très incomplet.

La souplesse du ventre persiste presque toujours. Il est évident que, dans le cas où l'inflammation diffuse de la région herniaire vers le péritoine, la contraction pourra exister, avec intensité d'ailleurs très variable, mais avec maximum dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite.

FORMES

CLINIQUES ET ANATOMIQUES

Comme dans l'abdomen, l'inflammation de l'appendice qui se trouve dans un sac herniaire peut être, soit aiguë, soit chronique, soit suppurée. En outre, suivant que la collection purulente se localisera dans le sac herniaire, ou se propagera dans la cavité péritonéale, on aura la péritonite « herniaire » ou la péritonite « généralisée ».

En pratique, la classification de M. BODART en *trois grandes formes symptomatiques* nous paraît mieux correspondre à la réalité.

M. BODART distingue : « Une première forme occlusive à type d'étranglement herniaire. Une deuxième forme mixte à réaction herniaire atténuée et à prédominance de réaction péritonéale. Enfin une troisième forme, la plus intéressante, celle de l'appendicite herniaire pure. »

La forme occlusive est réalisée quand coexistent dans le sac l'appendice et une ou plusieurs anses grêles (observations VI, VII) ; la présence du fond du cæcum en effet ne suffit pas. Dans ce cas, le malade est généralement porteur d'une hernie ancienne, mais qui devient un jour irréductible. Le chirurgien porte habi-

tuellement le diagnostic d'épiploïte herniaire et ce n'est qu'au cours de l'intervention que le diagnostic exact est posé.

La forme mixte est due à ce que la communication entre le sac herniaire et le péritoine n'est pas obturée. Ou bien l'appendice occupe en entier le sac, mais il n'y est point serré, il peut s'enflammer sans que l'orifice herniaire se ferme, la réaction inflammatoire du sac se transmettra par continuité au péritoine de la grande cavité; ou bien l'appendice n'est que partiellement dans le sac, à cheval sur lui et le péritoine de la fosse iliaque (observ. V); dans les deux cas on aura des symptômes herniaires accessoires et des phénomènes abdominaux prédominants. La douleur dans le trajet herniaire ne sera plus qu'un élément dans un syndrome plus complexe, intéressant la totalité ou une partie de la fosse iliaque droite.

La troisième forme concerne *l'appendicite herniaire pure*. L'appendice occupe le sac en entier et à lui seul (observations I, II, III, IV, VIII); les phénomènes inflammatoires se cantonnent au dehors de la grande séreuse péritonéale qui ne réagit pas. La symptomatologie est très souvent celle d'une hernie étranglée banale et le diagnostic exact n'est posé qu'à l'intervention. Parfois on porte le diagnostic d'un kyste du cordon tordu (observation III).

DIAGNOSTIC ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

« Le diagnostic de l'appendicite herniaire ne présente pas une difficulté trop grande, mais il faut y penser » (FRÆLICH). En effet, l'étude des symptômes locaux et généraux faite précédemment, jointe aux anamnestiques, va nous permettre d'orienter notre diagnostic.

On notera la présence d'une hernie inguinale ou crurale droite irréductible et douloureuse, avec un peu de rougeur de la peau, alors qu'aucun taxis n'a été fait; les vomissements sont rares, mais la fièvre est assez élevée, enfin l'occlusion intestinale n'est pas absolue. Ces signes suffisent pour reconnaître l'appendicite herniaire ou tout au moins à restreindre de plus en plus le cercle des probabilités.

C'est avec l'*épiplocèle* enflammé que l'erreur est le plus souvent commise, car tous les signes sont à peu près les mêmes : apparition brusque d'une tumeur volumineuse qui ne tarde pas à être le siège d'une douleur vive exacerbée par la pression, puis surviennent les coliques, quelques nausées, parfois quelques vomissements.

La constipation existe presque toujours et dans aucun cas l'arrêt des gaz n'est pas complet.

Cependant, dans l'appendicite herniaire, la douleur débute généralement avec plus de « brusquerie ». Elle présente des « paroxysmes » qui constituent un élément précieux de diagnostic.

La tumeur est plus dure, elle a une consistance « pierreuse », elle donne rarement une impression d'une certaine mollesse. Si on trouve une masse finement lobulée, on peut penser à une épiplocèle.

La constatation d'une corde abdominale au-dessus de l'orifice herniaire est généralement considérée comme un excellent signe d'épiplocèle. Et il est de fait que dans l'immense majorité des cas, ce cordon est constitué par l'épiploon. Signalons cependant que l'appendice peut donner lui aussi cette sensation de corde remontante dans l'abdomen, comme dans notre observation n° III. Il est vrai que, dans ce cas, cette corde était lisse, régulière, peu volumineuse et c'est précisément sur ces caractères que le diagnostic d'épiplocèle a pu être écarté.

L'appendicite peut aussi simuler *l'entérocele étranglée*, le pincement latéral de l'intestin.

Parfois l'appendice est accompagné dans le sac herniaire par une anse intestinale. On comprend facilement que l'appendice enflammé va secondairement comprimer l'intestin et le tableau clinique sera des plus impressionnants.

On pourra enfin avoir à discuter le diagnostic avec : 1° chez l'homme, les affections du testicule, du cordon et des bourses; 2° chez la femme, avec l'inflam-

mation des grandes lèvres, les kystes du canal de NUCK, les hernies de l'ovaire, les abcès de différentes natures pouvant prendre naissance dans la région inguinale.

Mais en pratique, le diagnostic d'appendicite herniaire n'est pour ainsi dire jamais fait. En présence d'un syndrome tout pareil à celui d'un étranglement herniaire à manifestations frustes et, plus particulièrement, à retentissement très atténué sur le fonctionnement de l'intestin, on pense aux deux variétés d'étranglement où se trouve ce tableau clinique : l'épiplocèle étranglée et le pincement latéral de l'intestin. Et c'est à l'une d'elles qu'on attribue les accidents. L'erreur est sans importance d'ailleurs, puisqu'elle commande également l'intervention immédiate.

PRONOSTIC

Malgré la limitation naturelle de l'infection péritonéale au sac, le pronostic est rendu sévère par la fréquence relativement très grande des formes phlegmoneuses et gangréneuses, graves par leur retentissement toxique sur l'état général et par la diffusion possible de l'infection, à travers le collet, dans la grande cavité péritonéale.

Le pronostic dépend d'ailleurs des formes que nous avons distinguées plus haut.

1° Les *formes occlusives* devraient être les plus graves de toutes, mêlant un facteur toxique au facteur infectieux et nécessitant d'autre part, au moment de l'opération, la réintégration dans l'abdomen, d'une anse grêle infectée par son contact étroit avec l'appendice malade. En réalité, cet inconvénient a sa contre-partie heureuse : l'intensité et la précocité du processus occlusif, l'intensité de la douleur, laquelle se conçoit facilement par l'adjonction aux coliques habituelles de phénomènes douloureux locaux, exaltés par l'inflammation, toute cette allure assez dramatique du début commande l'intervention d'extrême urgence et, actuellement, on opérera dans la grosse majorité des cas avant que les lésions appendiculaires soient bien graves, ce qui n'est pas toujours réalisé dans les autres formes.

2° Dans les *formes mixtes* le pronostic dépend essentiellement de la participation du péritoine.

3° La *forme herniaire pure* a comme élément très favorable la limitation de l'infection en dehors de la grande séreuse péritonéale, mais comme contre-partie, trois facteurs fâcheux :

a) La limitation de l'infection dans le sac se fait par la production d'une tuméfaction au niveau du collet; on conçoit qu'à partir d'un certain moment il puisse se produire à son niveau une sorte d'étranglement appendiculaire et surtout une gêne circulatoire dans le méso, favorisant l'allure gangréneuse de l'appendicite.

b) Dans les cas suppurés et plus encore dans les cas avec sphacèle, la localisation intra-pariétale, bien que moins sévère que la localisation intra-péritonéale, expose tout de même à des infiltrations phlegmoneuses. les parois se défendant mal.

c) Enfin dans les cas moyens, la réintégration dans l'abdomen d'un fond de cæcum infecté ou simplement la libération du collet peuvent inoculer un péritoine jusque-là indemne et non préparé à se défendre (observation IV); d'où le principe d'un drainage plus large qu'en cas d'appendicite purement intra-abdominale.

TRAITEMENT

Traitement prophylactique. — Le diagnostic d'appendicite herniaire, comme nous l'avons fait remarquer, n'est jamais sûr. Aussi toutes les fois que, dans la région inguinale ou crurale, nous trouvons à l'examen une tuméfaction douloureuse traduisant ainsi une compression d'un organe, soit épiploon, soit intestin, soit appendice, il faudra s'abstenir d'ajouter, à ce premier traumatisme latent, une irritation nouvelle par le port d'un « *bandage* ». Il faudra donc supprimer cet appareil de contention, qui aurait une action néfaste sur la tumeur herniaire en entretenant et même en augmentant l'inflammation existante par un frottement continuel. Quand au « *taxis* », nous n'en parlerons que pour insister sur le danger qu'il y aurait à pratiquer d'une façon aveugle et systématique la réduction forcée d'une tumeur herniaire dont on n'est jamais certain du contenu. Si l'appendice est sphacélé, nageant dans une masse purulente — on fait, en tentant la réduction, fuser le liquide infectant dans la cavité péritonéale et, de cette façon, on substitue à des conditions heureuses naturelles des conditions presque fatalement mortelles. D'autre part, si on s'en tient à l'expectative ou à un traitement purement médical :

immobilisation absolue, application de glace, opium, etc..., cet appendice herniaire va, soit devenir chronique, soit évoluer vers la forme suppurée ou vers la forme phlegmoneuse. Dans certains cas moins heureux l'infection peut gagner le péritoine.

Par conséquent, en présence d'un cas d'appendicite herniaire, il n'existe qu'une seule thérapeutique, c'est l'intervention sanglante.

Traitement chirurgical. — La kelotomie inguinale ou crurale sera pratiquée suivant les techniques classiques. Rien à dire à ce sujet. Mais le sac ouvert, l'appendice mis à nu, quelle détermination prendre ?

Tout d'abord la réduction intra-abdominale de l'appendice, même jugé sain, n'est pas logique. Il est de règle actuellement, d'enlever l'organe même sain, chaque fois qu'il se présente facilement au cours d'une intervention abdominale.

Il appert donc que l'appendicectomie totale classique avec enfouissement du moignon est plus indiquée. Mais pour ce faire, les opinions des auteurs diffèrent.

Les uns, et ils sont la majorité, pratiquent l'appendicectomie par la voie herniaire. D'autres adjoignent à l'incision de kelotomie une laparotomie.

Pour eux, la section de l'appendice est plus facile par la voie abdominale pure. Ils amènent ensuite l'organe hors du ventre par l'ouverture herniaire.

Cette méthode nous paraît exagérée. Elle ne pourrait se comprendre que s'il était difficile, par la voie herniaire, de lier l'appendice à sa base; s'il était impossible, en somme, d'amener hors du ventre le cæcum,

par la voie herniaire. Or, en pratique, et les observations sont concluantes à ce sujet, le cæcum peut très facilement être découvert. Que dans certains cas l'extériorisation du cæcum soit difficile, cela est possible : le collet du sac, l'anneau, sont parfois très serrés, très étroits et arrêtent la descente de l'organe. Mais pourquoi recourir à la laparotomie ? Pourquoi ne pas agir sur le pédicule de la hernie, c'est-à-dire sur le collet, sur l'anneau herniaire ? Cela paraît certes plus logique.

Après la résection de l'appendice et la réduction du cæcum dans l'abdomen, on finira l'opération en pratiquant la cure radicale de la hernie. Mais si l'on a des doutes sur la stérilité et du liquide réactionnel, et de la région, il sera certes prudent de fermer incomplètement, en laissant à demeure soit une toute petite mèche, soit un petit drain.

Cette question du drainage nous paraît un des points les plus discutables dans le traitement des appendicites herniaires. Il y a évidemment des cas faciles ; ceux d'abord où les lésions sont insignifiantes et permettent une fermeture hermétique sans appréhension.

A l'inverse sont les cas graves d'appendicite suppurée sphacélique et dont la fermeture serait une absurdité.

Il y a enfin des cas intermédiaires, les plus difficiles au point de vue de la détermination à prendre. En principe, il serait bien désirable de ne pas drainer, le drainage compromettant fortement la solidité de la fermeture herniaire, étant plus défavorable qu'au niveau d'un JALAGUIER ou d'un MAC-BURNEY. Et pour-

tant il y a une considération qui doit pousser à être assez large en matière de drainage, plus large qu'en cas d'appendicite purement abdominale. Dans une appendicite herniaire, l'infection ne touche que le péritoine du sac, laissant indifférent le péritoine de la grande cavité. Au moment de l'intervention, si on ouvre la communication entre le foyer infecté et le péritoine en réintégrant par exemple le fond du cæcum qui y était inclus, ou tout au moins en débridant la région du collet, on court le risque d'inoculer d'une manière massive un péritoine vierge, non préparé, non adapté à cette infection. C'est ce qui s'est passé dans une IV^e observation.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Appendicite herniaire chez un enfant de deux mois.

(Par M. le Professeur FRÆLICH — Société de Méd. de Nancy,
Séance du 21 juillet 1926.)

Il s'agit d'un bébé de deux mois, enfant jumeau, qui, à sa naissance, ne pesait que trois livres. Un dimanche l'enfant, que les parents savaient atteint d'une hernie inguinale droite et d'un testicule droit moins descendu que le gauche, fut pris de vomissements et de fièvre; la hernie était sortie et était devenue dure. Ce n'est que le lendemain, lundi, que les parents appelèrent un médecin qui diagnostiqua une hernie étranglée et l'envoya à Nancy.

M. Frælich le vit à une heure de l'après-midi, plus de vingt-quatre heures après le début des accidents. Le ventre était ballonné; dans la région inguinale droite existait une tumeur allongée du volume d'un pouce, dure au toucher et douloureuse, la peau un peu rouge à sa surface; le testicule est perceptible un peu plus bas.

La température est de 39°. L'enfant a encore une fois vomi dans la matinée et au moment où M. Frælich prend la température, l'enfant émet des selles jaunes glaireuses. M. Frælich pensa immédiatement à une appendicite herniaire et il proposa l'intervention qui fut faite à trois heures et demie avec l'aide de l'interne de garde, M. Chatelin.

Le sac herniaire ouvert, il s'en écoule un liquide trouble et on aperçoit immédiatement l'appendice, noir, gangrené, enroulé sur lui-même, et le cæcum qui, lui, est sain.

Il existe encore une petite collerette saine d'appendice à son insertion sur le cæcum, ce qui permet la ligature de l'appendice et son excision. Après nettoyage du sac et de l'intestin, le cæcum est refoulé dans l'abdomen, ce qui n'est possible qu'après débridement de l'anneau herniaire. Le cæcum est sain et n'a nullement souffert d'étranglement, tandis que l'appendice est gangrené par inflammation et non par étranglement. Le sac est excisé partiellement et l'incision fermée en un seul plan par quatre crins de Florence. Une petite mèche de gaze assure le drainage. L'enfant passe une nuit mauvaise.

Le lendemain il s'alimente peu; la température est encore de 39°, mais la deuxième nuit a été très bonne, l'enfant ne s'est réveillé qu'une seule fois pour prendre le biberon. La température rectale n'est plus que de 38°. La mèche est enlevée. L'alimentation se fait d'une façon satisfaisante. Suites opératoires sans incident.

OBSERVATION II

(Service de M. le Professeur FRÉLICH.)

(Par M. le Professeur A. BODART — *Soc. de Méd. de Nancy*,
Tome LXIII, n° 19, 1935.)

Un enfant de 10 ans entre au service de chirurgie infantile avec des symptômes vagues, consistant en apparition dans la région inguinale droite, siège d'une hernie habituelle, d'une petite tuméfaction douloureuse sans réaction péritonéale ni colique. Quelques applications chaudes ont calmé les douleurs et l'enfant est envoyé pour hernie épiploïque irréductible. A l'opération, appendice très rouge et accolé dans toute sa longueur aux parois du sac herniaire; quelques fausses membranes. Résection de l'appendice, réintégration du cæcum; fermeture du canal inguinal sans drainage. Suites simples.

OBSERVATION III

(Service de M. le Professeur FRÉLICH.)

(Par M. le Professeur A. BODART — *Sté de Méd. de Nancy*,
Tome LXIII, n° 19, 1935.)

Un garçon de 9 ans est envoyé pour hernie douloureuse ou un kyste du cordon tordu; il présente une paroi très mince et la palpation, rendue de ce fait très facile, fait sentir un long cordon partant de l'orifice inguinal externe et rentrant dans l'abdomen, ce dernier étant d'ailleurs tout à fait souple. Ce cordon semble bien être en réalité l'appendice. Il s'agissait effectivement d'une appendicite avec des lésions assez sérieuses et un peu de sérosité louche. La région du collet était tuméfiée, sans qu'il y ait cependant d'étranglement de l'appendice; et le fond du cæcum amené dans la plaie ne présentait aucune rougeur. La fermeture de l'orifice herniaire s'est faite sans drainage.

Les suites furent simples. C'est un des rares cas où le diagnostic a pu être fait d'une façon à peu près ferme.

OBSERVATION IV

(Par M. le Professeur A. BODART — *Sté de Méd. de Nancy*,
Tome LXIII, n° 19, 1935.)

Un malade d'une quarantaine d'années est opéré avec le diagnostic de hernie inguinale étranglée ou plutôt engouée; il s'agit en réalité d'une appendicite herniaire pure. L'appendice est simplement rouge, encore mobile, il n'y a pas de liquide dans le sac herniaire. Résection appendiculaire facile, réintégration du cæcum et fermeture sans drainage. Les suites sont mouvementées. Alors que jusqu'à l'intervention il n'existait aucun symptôme péritonéal, on voit, dans les heures qui suivent, le malade présenter des phénomènes très inquiétants avec le tableau péritonéal le plus typique et le plus alarmant. Il a la chance de s'en tirer au prix

d'une limitation de l'infection et d'un gros phlegmon péritonéal ouvert à la fois par le rectum et la fosse iliaque.

Cette observation justifie les remarques que nous avons faites au sujet du drainage.

OBSERVATION V

(Par M. le Professeur A. BODART — *Sté de Méd. de Nancy.*
Tome LXIII, n° 19, 1935.)

Un malade de 62 ans, porteur d'une hernie inguinale droite ancienne, souffre du bas-ventre depuis plusieurs jours. Quand il fait venir le médecin, il présente une tuméfaction perceptible de la partie inférieure de la fosse iliaque droite: cette tuméfaction empiète nettement sur la région inguinale, avec gonflement de la bourse droite; température à 38°5, un peu de subictère; il y a eu quelques vomissements le premier jour, mais ils ont cessé; il n'y a aucune colique, ni d'arrêt des gaz. Le diagnostic est un peu hésitant entre épiploïte d'origine herniaire ou plastron appendiculaire: cette dernière hypothèse devient d'ailleurs rapidement la plus vraisemblable. On met de la glace sur le ventre; le refroidissement s'obtient lentement. Deux mois et demi plus tard, le ventre paraît souple et on intervient; on trouve un foyer inflammatoire incomplètement éteint, à cheval sur la fosse iliaque et la partie supérieure du sac herniaire: ce dernier ne contient que la moitié distale de l'appendice, sans épiploon ni anse grêle. Après libération laborieuse, résection de l'appendice, drainage avec drains et mèches par l'incision de Jalaguier, sans qu'on s'occupe de la fermeture herniaire, suites opératoires sans incident.

OBSERVATION VI

(Service de M. le Professeur HAMANT.)

(Par M. le Professeur A. BODART — *Sté de Méd. de Nancy*,
Tome LXIII, n° 19, 1935.)

Il s'agit d'un homme d'une soixantaine d'années, avec le diagnostic de hernie étranglée; une hernie habituelle est devenue extrêmement douloureuse depuis cinq ou six heures, elle a considérablement grossi et a provoqué des coliques violentes et inefficaces, ainsi que de nombreux vomissements; l'état général est déjà passablement altéré. A l'intervention, gros appendice rouge, à pointe très renflée, avec quelques fausses membranes, le tout caché derrière une anse grêle étranglée ou plutôt accolée étroitement au fond du cæcum au niveau du côlon, ce dernier n'étant pas très serré et ne déterminant pas d'anneau de striction net sur le pied de l'anse. Après résection de l'appendice, nettoyage à l'éther, réintégration de l'intestin grêle et du cæcum, résection du sac avec castration pour aller plus vite et surtout pour permettre la mise en place dans la partie toute supérieure, musculaire, de la plaie d'un petit drainage abdominal, sans compromettre la solidité de la fermeture herniaire. Suites opératoires simples.

OBSERVATION VII

Hernie inguinale étranglée.

Appendicite herniaire avec abcès.

(Par M. BRAU-TAPIE — *Société de Chirurgie de Bordeaux*,
Séance du 12 février 1931.)

M. E..., âgé de 85 ans, entre à la clinique le 28 mai 1929 pour une hernie étranglée depuis 24 heures.

Il souffre depuis plusieurs jours et l'arrêt complet des gaz date de 24 heures. On a fini par lui faire accepter un médecin, qui l'envoie pour être opéré d'urgence.

On constate une tuméfaction grosse comme le poing à la région inguinale droite, rouge, tendue, douloureuse, descendant vers la bourse. Irréductibilité. Zones de sonorité en haut, de matité sur la plus grande étendue de la tumeur. Vomissements alimentaires, puis bilieux. Arrêt complet des matières et des gaz. Pas de douleur abdominale. Température à 38°2. Pouls à 90. Etat excellent.

Sous anesthésie générale à l'éther, incision jusqu'au sac. Les plans superficiels sont infiltrés d'œdème. Ouverture du sac en bas et en dedans. Agrandissement de la brèche aux ciseaux. Il s'écoule une certaine quantité de pus à forte odeur fécaloïde, jaune foncé, épais. Après nettoyage aux tampons, on s'aperçoit que le contenu du sac est constitué par le cæcum, l'appendice turgescents, énorme, perforé à son extrémité distale et une anse grêle étranglée dans le canal inguinal, matelassée à sa partie interne d'une petite quantité d'épiploon.

L'appendice est réséqué, son moignon enfoui après désinfection à l'éther. Kélotomie. L'intestin paraît en bon état, sa vascularisation redevient rapidement normale sous la douche de sérum chaud. Réintégration de l'épiploon, du grêle et du cæcum. Résection du sac. Cure radicale, le cordon, placé entre l'arcade de Fallope suturée au tendon conjoint, d'une part, et, d'autre part, les fibres du grand oblique rassemblées par un surjet. Drainage au drain.

Suites opératoires normales. Pas de réaction. Gaz dès le lendemain. Aucune complication pulmonaire. Suintement par le drain persistant jusqu'au quinzième jour, mais pas de désunion de la suture cutanée. Le malade part le vingt-cinquième jour, ayant préféré rester quelques jours de plus pour se reposer à la clinique.

Depuis, la guérison s'est maintenue parfaite, sans incident.

OBSERVATION VIII

Appendicite aiguë dans un sac de hernie crurale,
ayant évolué sous le masque d'un étranglement.

(Par MM. Pierre BERTRAND et M. BRUN — *Lyon Médical*,
22 mars 1933.)

Il s'agit d'une dame M..., âgée de 84 ans. Opérée il y a 4 mois d'une hernie crurale étranglée gauche. Elle se présente actuellement le 12 mars, il y a dix jours, avec tous les signes d'une épilocèle étranglée, du côté droit. En effet, tumeur crurale de la grosseur d'une mandarine, non réductible, d'aspect inflammatoire. Pas de vomissements ni arrêt des matières et des gaz. Le début des troubles semble remonter à deux jours environ. Température 38°. Pouls à 90. On intervient immédiatement sous anesthésie locale.

En libérant le sac de ses adhérences et avant de l'ouvrir, on vide un abcès de pus bien lié, mais horriblement fétide. Ceci confirme l'hypothèse d'une hernie étranglée, compliquée de phlegmon herniaire. Après l'ouverture du sac, on s'aperçoit qu'il s'agit en réalité d'une appendicite herniaire suppurée; le fond du cœcum, qui se trouve dans le sac, ne présente pas d'étranglement, mais est seulement un peu serré par un collet étroit. L'appendice est comme inclus dans la paroi du sac. Appendicectomie. Enfouissement. Résection du sac. Un drain de caoutchouc dans l'ouverture du sac herniaire, que l'on rétrécit sur lui.

Un crin de Florence réunit le péritoine et l'arcade crurale. On laisse tout ouvert. Lever précoce le lendemain.

Les suites sont idéales. Apyrexie dès le troisième jour.

CONCLUSIONS

1° Sous le nom d'appendicite herniaire. on comprend l'inflammation de l'appendice iléo-cæcal dans une hernie, que l'appendice soit seul (appendicite herniaire pure) ou associé à d'autres organes. tels que l'épiploon, le cæcum ou l'intestin grêle, etc... (appendicite en milieu herniaire).

2° L'appendicite herniaire se rencontre dans le bas âge et *surtout dans la vieillesse.*

3° Le pronostic est relativement bon et se trouve lié à une intervention précoce.

4° Le *principe du drainage* doit être appliqué d'une façon plus large qu'en cas d'appendicite purement intra-abdominale.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie, à peu près complète sur la question jusqu'en 1913, se trouve dans la thèse d'ESNOULT (Paris, 1913-1914) et celle de CAYOTTE (Nancy, 1913). DUMAZET, dans sa thèse (Bordeaux, 1923), a recueilli la bibliographie de 1913 à 1923.

Nous ajoutons ici la bibliographie de 1923 à 1935 et quelques références omises par ESNOULT et par DUMAZET.

BAZERT. — Appendicite aiguë dans un sac herniaire. (*Société anatomique de Paris*, juillet 1924.)

BELLOT (V.-J.). — Contribution aux hernies inguinales droites après appendicectomie. (*Arch. de méd. et pharm. nav.*, Paris 1923, CXIII, p. 380-386.)

BODART (A.). — Les appendicites herniaires. (*Société de Méd. de Nancy*, tome LXIII, n° 19, p. 675, 1935.)

BUONSANTI. — Appendicite phlegmoneuse herniaire inguinale droite avec syndrome de pseudo-étranglement. (*Archivio italiano di chirurgia*, n° 3, 3/33.)

BURTY. — Appendice étranglé dans une hernie crurale (*Paris chir.* 1914, 5 : 729.)

CARISI. — *Arch. Italiano di chirur.*, 1923, II, fasc. 3.

CAYOTTE. — A propos de quelques cas d'appendicite herniaire. (*Thèse de Nancy*, 1912-13.)

CHAUVENET (A.). — Hernie de l'appendice, étranglement de l'appendice hernié. Appendicite herniaire. (*J. de Méd. de Bordeaux*, n° 10, 10 avril 1929, p. 285.)

CHEVEREAU. — Observations d'une appendicite herniaire. (*Centre médical*, juin 1930, p. 144.)

COSMO DI GIOIA. — Contributo all'appendicite erniaria. (*Rivista sanitaria siciliana*, 1^{er} sept. 1927, n° 17.)

- COSTANTINI (M.). — Appendicite herniaire crurale. (*L'Algérie Médicale*, déc. 1932.)
- DARCOURT (G.) et GARY (R.). — Un nouveau cas de hernie du caecum et de l'appendice chez l'enfant. (*Bull. méd.* n° 5, 30 janvier-2 février 1929, p. 130.)
- DUMAZET (J.-P.-E.). — A propos d'un cas d'étranglement de l'appendice dans une hernie inguinale droite. (*Thèse de Bordeaux*, 1923, in-8°, n° 138.)
- FOWLER (A.). — Appendix hernia strangulated; case. (*Brit. J. Surg.* 18 : 528-531, janvier 1931.)
- FRELICH. — Appendicite herniaire chez un enfant de deux mois. (*Société de Méd. de Nancy*, séance du 21 juillet 1926.)
- GARBER. — Die Rolle der Appendicitis hernialis bei der Entstehung von Gleitbrüchen. (*Zentralbl. f. chirurg.* LIV, 1927, 7 mai, p. 1162-1164.)
- GARVEY. — Appendicite aiguë dans une hernie inguinale épiploïque avec descente incomplète du testicule. (*The American Journal of surgery* n° 2, 11/33.)
- GUZMAN (A.) et DE LA PUENTE (J.-M.). — Hernie inguinale primitive de l'appendice. (*La Clinica Castellana*, t. XXXVII, n° 3, sept. 1928, p. 105-109.)
- HURNER (G.). — Etranglement de l'appendice seul dans une hernie crurale. (*La Bourgogne médicale*, n° L, janvier 1931, p. 21.)
- IBOS et LEGRAND-DESMONS. — Appendicite aiguë perforante dans un sac de hernie crurale. (*Soc. nat. de chirurg.*, 15 mai 1929.)
- JOHNSTONE. — Appendicite dans un sac de hernie crurale, avec vascularisation de suppléance d'un appendice détaché. (*The British journal of surgery* n° 83, 1/34.)
- KLEIN MARTIN. — Ist die gesunde Appendice im Bruchsack diagnostizierbar. (*Zentralbl. F. Chir.* 46, 1919, p. 534.)
- KHOURRI HADDAD. — *Thèse de Lyon*, 1922-1923.
- LACHANCE. — Erreurs possibles entre l'appendicite chronique et la hernie. (*Clinique (Montréal)* 1920, XI, p. 59-61.)
- LAFFITTE. — Etranglement appendiculaire au niveau d'une hernie crurale. (*Société médicale des Deux-Sèvres*, oct. 1930.)
- LECLERC. — Fistule stercorale de la région crurale consécutive à une appendicite herniaire méconnue. (*Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1920.)

- J.-A. et F.-B. MILLAN. — Gangrenous appendix in femoral hernia. (*J. Michigan M. Soc.* 26 : 179-180, mars 1927.)
- MERMINGAS (K.). — Herniotomie und Appendektomie. (*Zentralbl. f. Chirurgie* LIV, 1927, n° 21, 21 mai, p. 1282-1285.)
- MÉTIVET (G.). — Un curieux cas de hernie inguinale de l'appendice. (*Soc. Nationale de Chir.*, 19 mars 1930.)
- OKINCZYK (J.) et ROUFFIGNAC. — Pincement isolé du corps de l'appendice, dans une hernie crurale droite, avec inflammation secondaire de sa pointe. (*Soc. de Chir. de Paris*; Tome XLVI, 17 novembre 1920, p. 1286.)
- PAITRE et SARROSTE. — Hernies inguinales étranglées consécutives à une appendicite. (*Soc. de Méd. militaire française*, n° 4, avril 1933.)
- PELLEGRINI. — Un cas d'appendicite aiguë dans un appendice herniaire. (*La Clinica chirurgica*, n° 6, 6/33.)
- POULAIN (J.). — Hernie crurale étranglée de l'appendice. (*La Gazette médicale de Picardie* 1932, nov., n° 111, p. 323.)
- RAYMOND (J.). — Deux observations d'appendices étranglés dans des hernies crurales. (*Limousin méd., Limoges* 1913, 37 : 9.)
- REDWOOD (R.-V.) DE A. — Appendicitis in a femoral hernia. (*Brit. M. J. London* 1918, I, 400.)
- REGNAULT. — A propos de la hernie de l'appendice. (*J. de Méd. de Bordeaux*, n° 16, 10 juin 1929, p. 465.)
- RICHER et HEITZ. — Appendicite herniaire. (*Société nationale de Méd. et des Sciences médicales*, séance du 12 juin 1929.)
- SABADINI (L.). — De l'étranglement isolé de l'appendice dans un sac herniaire. (*L'Algérie médicale*, n° 74, fév. 1934, p. 55.)
- SUC et ESCAT. — Hernie de l'appendice et appendicite herniaire. (*Toulouse médical*, n° 3, 1^{er} fév. 1930, p. 100.)
- WATSON. — Appendicitis in the Hernia Sac. (*Med. J. and Record* January 1926, n° 1, Vol. CXXIII, p. 34.)
- WAND (L.). — Entzündung und Einklemmung des Appendix im Bruchsack. (*Med. Welt.* 5 : 813-815, Juni 6, 1931.)
- WEINSTEIN. — Röntgendiagnose der sog. appendicitis chronica. (*D. m. W. Jg.* 49; p. 757, 1923.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
Etiologie et pathogénie	7
Anatomie pathologique	10
Symptomatologie	12
Formes cliniques et anatomiques	16
Diagnostic et diagnostic différentiel	18
Pronostic	21
Traitement	23
OBSERVATIONS	27
CONCLUSIONS	34
BIBLIOGRAPHIE	35

Vu :

Nancy, le 22 Juillet 1936.

Le Président de Thèse,

FRÉLICH.

Vu et approuvé :

Nancy, le 23 Juillet 1936,

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 24 Juillet 1936,

Le Recteur de l'Académie,

BRUNTZ.

Président du Conseil de l'Université.

